

# VU Research Portal

## Beleving in beweging

Emck, C.

### **published in**

Tijdschrift voor psychotherapie  
2013

### **DOI (link to publisher)**

[10.1007/s12485-013-0056-y](https://doi.org/10.1007/s12485-013-0056-y)

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Emck, C. (2013). Beleving in beweging. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 39(05), 320-330.  
<https://doi.org/10.1007/s12485-013-0056-y>

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# Beleving in beweging

De waarde van bewegingsinterventies bij chronisch somatische aandoeningen

Claudia Emck

- In de psychologische behandeling van mensen met een chronisch somatische aandoening kan het van belang zijn gebruik te maken van fysieke bewegingsinterventies. In dit artikel wordt beschreven hoe deze aangeboden kunnen worden door een psycholoog/psychotherapeut. Eerst worden twee typen interventie uiteengezet: 'action-oriented' (betreffende lichaamsconditie) en 'experience-oriented' (betreffende zelf- en lichaamsbeeld). Vervolgens worden aspecten van diagnostiek en bewegingsanamnese, alsmede mogelijkheden voor interventies beschreven. Interventies worden getypeerd aan de hand van drie dimensies: mate van structuur, fysieke nabijheid en fysieke inspanning. Vier interventieopties worden uitgewerkt (beïnvloeding van respectievelijk spanningsregulatie, stemming, lichaamsbeleving, en emoties en gedrag) en geïllustreerd aan de hand van een casus.

## Inleiding

Dit artikel gaat in op de mogelijkheden die een psycholoog/psychotherapeut heeft om bewegingsinterventies te benutten bij met name de behandeling van mensen met een chronisch somatische aandoening. Eerst wordt kort stilgestaan bij twee invalshoeken voor bewegingsgerichte c.q. psychomotorische interventies. Aan de hand van een casus wordt vervolgens verduidelijkt via welke diagnostische overwegingen en behandeldoelen, interventies ingezet kunnen worden. In de discussie is aandacht voor de grenzen aan het ge-

---

DR. C. EMCK, psychomotorisch therapeut, psycholoog en bewegingswetenschapper, is universitair docent bij de Faculteit der Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit te Amsterdam. E-mail: c.emck@vu.nl.

bruik van bewegingsinterventies door de psycholoog en het belang van afstemming - en soms doorverwijzing - naar andere disciplines.

Psychomotorische interventies verschillen van psychotherapie, doordat ze aangrijpen op bewegingsgedrag en lichaamsbeleving. Ze verschillen van (psychosomatische) fysiotherapie, doordat ze expliciet gericht zijn op de psychische problematiek van de cliënt (zie o.a. Probst, Knapen, Poot & Vancamfort, 2010; Probst & Bosscher, 2001; Emck & Bosscher, 2004; Röhrich, 2009). Bij bewegingsinterventies worden bewegings- en lichaamservaringen beïnvloed, met als assumptie dat daardoor psychische processen in gang worden gezet of bevorderd, die gunstig geacht worden voor de psychosociale ontwikkeling of geestelijke gezondheid van de cliënt. Psychomotorische therapie wordt in ggz-instellingen doorgaans aangeboden door specifiek daarvoor opgeleide (vak)therapeuten. Echter, ook psychologen lijken zich de laatste decennia meer bewust van de relatie tussen bewegingsgedrag, lichaamsbeleving en psychische processen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het toenemende aantal sportpsychologen en lichaamsgericht werkende psychologen.

Maurits (15) is een adolescent met sinds een jaar de diagnose colitis ulcerosa.<sup>1</sup> Zijn ouders maken zich ernstige zorgen, omdat hij sinds een half jaar nauwelijks nog het huis uit komt. Hij gaat niet meer naar school en niet meer naar de schaakclub. De contacten met leeftijdgenoten nemen met de week af. Slechts één vriend komt hem nog trouw bezoeken. De colitis-klachten zijn erg belastend voor hem, maar ze zouden geen reden hoeven zijn om zich zo sterk terug te trekken als hij nu doet.

Deze casus roept wellicht niet meteen de gedachte op om Maurits aan te melden voor psychomotorische therapie of een andere bewegingsinterventie. Immers, een psycholoog kan in samenwerking met de behandelend arts Maurits toch prima helpen in het omgaan met zijn klachten? Ook zijn er speciale websites en fora (zoals [www.ccuvnjong.nl](http://www.ccuvnjong.nl) en [www.ccjongeren.nl](http://www.ccjongeren.nl)), waar jongeren met chronische darmziekten ervaringen uitwisselen. Toch zijn er goede redenen om bij mensen met een chronisch somatische aandoening het bewegingsgedrag en de lichaamsbeleving - centrale aangrijppingspunten voor psychomotorische interventies - te overwegen; zeker bij jongeren. Dat kan in de vorm van een doorverwijzing naar een psychomotorische

<sup>1</sup> Chronische ontsteking van het slijmvlies van de dikke darm. De ziekte komt alleen in de dikke darm (colon) voor. Samen met de ziekte van Crohn valt colitis ulcerosa onder de noemer inflammatory bowel diseases (IBD). De aandoening heeft vaak een onvoorspelbaar beloop; bij opvlammingen hebben patiënten last van buikkrampen en/of diarree en kan eten of drinken lastig zijn. Er zijn momenteel ruim 55.000 mensen met een chronische darmontsteking, waarvan meer dan 30.000 met colitis ulcerosa. Net als bij de ziekte van Crohn is de oorzaak niet bekend. Hoewel de ziekte zich op elke leeftijd kan openbaren, worden de meeste gevallen vastgesteld tussen het vijftiende en veertigste levensjaar of op middelbare leeftijd. De ziekte komt iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (bron: [www.crohn-colitus.nl](http://www.crohn-colitus.nl), juni 2013).

therapie, maar er zijn ook mogelijkheden voor de psycholoog/psychotherapeut om beweging en lichaamsbeleving te betrekken in de behandeling of begeleiding van cliënten in het algemeen, en bij mensen met een chronisch somatische aandoening in het bijzonder. Een goede reden om dit onderwerp in de context van dit themanummer te behandelen.

Maurits wordt door zijn huisarts verwezen naar een psychotherapeut. Daar vertelt hij dat hij letterlijk en figuurlijk niet meer in beweging durft te komen, door zijn somatische toestand. Hij is bang om op onvoorziene momenten ontlasting te verliezen. Bewegen zou dat naar zijn idee kunnen uitlokken, dus het beste middel om dat te voorkomen is thuis blijven zitten. Daarmee vermijdt hij het risico in situaties te belanden die schaamtevol kunnen zijn. Ook vindt hij zijn graatmagere lichaam lelijk en wil hij daar het liefst zo min mogelijk mee geconfronteerd worden. Doordat hij nauwelijks meer beweegt, is zijn fysieke conditie ook sterk achteruitgegaan, wat weer negatieve gevolgen heeft voor zijn ziekte en hem ook steeds somberder maakt.

### **Twee invalshoeken: actie en ervaring**

Denkend over mogelijke bewegingsinterventies voor Maurits, is het belangrijk de doelstelling daarvan te overwegen. Probst e.a. (2010) maken een globale tweedeling in bewegingsinterventies: *action-oriented* en *experience-oriented psychomotor therapy*. Hoewel in de praktijk veelal een combinatie van beide benaderingen ingezet wordt, is onderzoek naar de effectiviteit van de interventies vaak gericht op een van de genoemde benaderingen.

*Action-oriented* interventies richten zich bijvoorbeeld op het stapsgewijs verbeteren van de fysieke fitheid, om daarmee vermindering van psychische klachten en verbetering van de kwaliteit van leven te bevorderen. Het meest bekend zijn in dit verband studies naar de effectiviteit van *running therapy* voor depressie (voor overzichten zie o.a. Salmon, 2001; Stammes & Spijker, 2009) en, meer recentelijk, *exercise therapy* bij schizofrenie (zie o.a. Scheewe e.a., 2013). In het geval van Maurits lijkt een *action-oriented* benadering relevant. Immers, de bewegingsarmoede en afname van fysieke fitheid zijn voor Maurits een reëel probleem, dat weliswaar uitgelokt is door zijn somatische toestand, maar in stand gehouden en versterkt wordt door psychische factoren (zoals zijn angst en somberheid).

*Experience-oriented* interventies betreffen onder andere het versterken van het zelfbeeld en het gunstig beïnvloeden van de lichaamsbeleving, waarbij emotieregulatie tevens een belangrijk onderdeel vormt. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het zich bewust worden van lichaamssignalen die geassocieerd zijn met lichamelijk onwelbevinden, zelfafwijzing, stress of boosheid, en het leren op adequate wijze uiting te geven aan emoties, ook in beweging (zie o.a. Kalisvaart, 2010; Van der Maas, 2010). In de behandeling van kinde-

ren en jeugdigen betreft dit ook interventies die gericht zijn op het aanvaarden en toe-eigenen van het lichaam (Emck & Bosscher, 2010; Emck, Plouvier & Van der Lee-Snel, 2012). Juist omdat Maurits in een levensfase verkeert waarin lichamelijke veranderingen een belangrijke rol spelen en gerelateerd zijn aan de psychoseksuele en psychosociale ontwikkeling, is het van groot belang aandacht te besteden aan zijn lichaamsbeleving en zijn dus ook de *experience-oriented* doelstellingen voor hem relevant.

Algemeen gesproken betekent voor cliënten met chronisch somatische aandoeningen het lichamelijk aanwezig zijn, en/of (weer) in beweging komen, vaak tevens een confrontatie met de lichamelijke aspecten of gevolgen van hun ziekte. Een combinatie van de *action-oriented* benadering met de *experience-oriented* benadering zal daarom meestal aan te bevelen zijn, in die zin dat er naast aandacht voor conditie en motoriek tevens aandacht is voor de - vermoedelijk problematische - beleving van het eigen lichaam.

Voor Maurits betekent dit concreet dat het werken aan versterking van zijn fysieke fitheid liefst gepaard gaat met het werken aan vertrouwen in zijn eigen lichaam en in zichzelf als persoon; soepeler, energieke en krachtiger worden representeert zich zowel objectief (spieropbouw, een pittige vent zijn) als subjectief (zich zelfverzekerder voelen, voor de dag durven komen). Actie en zelfervaring gaan dan hand in hand. Het is belangrijk dat de psycholoog of - afhankelijk van de setting - de psychomotorisch therapeut aandacht heeft voor beide aspecten en deze integreert in de bewegingsinterventie.

### Diagnostiek van beweging en lichaamsbeleving

Maurits vertelt dat hij nooit de vlotste is geweest als het om bewegen ging. Zijn moeder vertelde hem dat hij als peuter al een late loper was en hij zijn zwemdiploma pas haalde nadat zijn klasgenootjes al van de hoge duikplank doken. Hoewel hij voor gymnastiek op school altijd wel een ruime voldoende haalde, had hij toch het gevoel niet zo goed in sport te zijn als anderen. Met andere woorden: zijn lichamelijk zelfbeeld was en is aan de magere kant.

Aangemoedigd door een vriendje werd hij als veertienjarige lid van een tennisclub. Een half jaar later stopte hij echter plotseling met tennissen, na een schaamtevolle ervaring waarbij hij, op voor anderen zichtbare wijze, zichzelf tijdens het tennissen bevuilde had; dit gebeurde in de periode dat de colitis zich voor het eerst openbaarde. Vanaf die tijd, ongeveer een jaar geleden, ging hij zich - uit angst voor herhaling - steeds minder in het openbaar bewegen.

Het overwegen van bewegingsinterventies zal doorgaans plaatsvinden in het kader van indicatiestelling op grond van diagnostiek. Van een psycholoog/psychotherapeut kan niet verwacht worden dat hij specifieke kennis en vaar-

**Tabel 1** Bewegingsanamnese voor mensen met chronisch somatische aandoeningen.

1	Zijn er problemen geweest in de vroege motorische ontwikkeling? (het behalen van motorische mijlpalen zoals los zitten, staan, kruipen, lopen)	Zo ja, welke? Wat was de invloed hiervan op de verdere ontwikkeling en in andere levensgebieden? (zoals school, omgang met leeftijdgenoten, zelfbeeld, relaties)
2	Hoe verliep de deelname aan schoolgymnastiek? (bewegingsonderwijs/lichamelijke opvoeding)	Denk aan participatie, positieve en negatieve ervaringen, de invloed van de puberteit en eventuele ziekte(n)
3	Heeft cliënt ooit deelgenomen aan sportclubs en/of georganiseerde bewegingsactiviteiten? (denk ook aan yoga en dansen)	Zo nee, waarom niet? Zo ja, frequentie en duur? Wat was de reden om te stoppen?
4	Heeft cliënt regelmatig individuele bewegingsactiviteiten ondernomen? (zoals zwemmen, joggen/hardlopen, wandelen, fietsen)	Zo nee, waarom niet? Zo ja, frequentie en duur? Wat was de reden om te stoppen?
5	Welke bewegingsactiviteiten worden momenteel door cliënt ondernomen?	Met welke frequentie? Levert dit problemen op? Zo ja, in welke zin?
6	In hoeverre is een ander bewegingspatroon volgens cliënt wenselijk?	Waarom? Wat verhindert de realisatie van dit wenselijk bewegingspatroon?

digheden bezit op het gebied van bewegingsdiagnostiek; het afnemen van een korte bewegingsanamnese is echter vrij eenvoudig uit te voeren en levert veel informatie op (zie tabel 1). Het uitvragen van de bewegingsactiviteiten in het heden en verleden is bedoeld om een indruk te krijgen van de invloed van de ziekte op het bewegingsgedrag, in relatie tot de huidige psychosociale problemen. Daarna kan overwogen worden of en welke bewegingsinterventies aan te bevelen zijn, onder begeleiding van een psycholoog dan wel - na verwijzing - een psychomotorisch therapeut.

Om een beeld te krijgen van de lichaamsbeleving van een cliënt kan men diverse vragenlijsten gebruiken (zie Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006). Veel vragenlijsten, zoals de *Body Cathexis Scale* (Secord & Jourard, 1953; Nederlandse vertaling Baardman & De Jong, 1984) richten zich alleen op de lichaamswaardering ofwel de uiterlijke verschijning. De Lichaamsattitudeschaal (LAS; Baardman, 1989; zie ook Scheffers e.a., 2006) bevraagt echter ook de attributionele stijl en is daarom beter geschikt voor de hier beschreven doelgroep. De LAS zegt iets over de mate waarin mensen hun lichaam beschouwen als oorzaak voor problematische sociale interacties. Mensen met chronisch somatische aandoeningen kunnen zich bijvoorbeeld terugtrekken uit sociale situaties (zoals verjaardagen, sportclubs of dansgelegenheden), omdat ze het idee hebben dat anderen hen niet aantrekkelijk vinden of juist erg op hen letten.

## Aard van de psychomotorische interventie

Wanneer een hulpverlener, op grond van de aard van de problematiek, besluit bewegingsinterventies voor te stellen bij een cliënt met een chronisch somatische aandoening, is het van belang stil te staan bij de aard van de voorgestelde activiteit. Immers, een therapeut kan prachtige doelen nastreven, maar als de cliënt een bewegingsinterventie niet kan of durft uit te voeren of vroegtijdig afhaakt omdat het bewegingsvoorstel te ver afstaat van zijn ervaringswereld, is het middel niet geschikt of zelfs contraproductief. Goed passende interventies zijn dus van cruciaal belang voor de motivatie en succesvolle participatie van de cliënt. Er zijn drie belangrijke dimensies in oogenschouw te nemen bij de keuze van activiteiten, te weten structuur, fysieke nabijheid en lichamelijke inspanning, die afhankelijk van de doelstelling relatief veel of juist weinig aangebracht worden in een voorstel voor bewegingsinterventie (zie tabel 2).

De in tabel 2 beschreven dimensies zijn op te vatten als een glijdende schaal; de psycholoog of psychomotorisch therapeut zal op basis van de diagnostiek - en in samenspraak met de cliënt - bepalen hoe een psychomotorische interventie vormgegeven wordt. Motiverende technieken (Miller & Rollnick, 2002) zijn daarbij van groot belang, juist bij mensen die zich als gevolg van hun ziekte emotioneel afgekeerd hebben van hun lichaam en/of aan bewegingsarmoede zijn gaan lijden.

**Tabel 2** Methodische dimensies, aansluitend bij de mogelijkheden van de cliënt (naar Emck & Bosscher, 2004).

Dimensie	Clíënt heeft veel baat bij	Clíënt heeft weinig baat bij
Structuur	Opdrachten en oefeningen die een duidelijk begin en eind hebben, overzichtelijk zijn en op een vast tijdstip zijn uit te voeren (bijvoorbeeld driemaal per week om 8.00 uur in het zwembad vijf baantjes schoolslag en vijf baantjes rugslag zwemmen)	Opdrachten en oefeningen die een grote mate van vrijheid en individuele vormgeving toestaan (bijvoorbeeld een eigen beeld voor een geleide fantasie maken dat helpt te ontspannen, of op eigen wijze vorm geven aan het fysiek uiten van een emotie wanneer deze voelbaar wordt)
Fysieke nabijheid	Fysieke nabijheid en aanraking van de therapeut (de therapeut neemt bijvoorbeeld een slechtziende cliënt aan de hand mee het park in om een veilig joggingparcours te doorlopen, of de therapeut past sensorelaxatietechnieken toe om de cliënt tot ontspanning te laten komen)	De therapeut blijft letterlijk op afstand (de therapeut positioneert zich bijvoorbeeld op een door cliënt aangegeven plaats in de ruimte, terwijl cliënt de inspannings- of ontspanningsoefeningen uitvoert)
Lichamelijke inspanning	Bewegingsactiviteiten die een hoge mate van lichamelijke inspanning vragen (bijvoorbeeld een intensief hardlooprogramma met intervaltraining, aerobics, zumba, sportspelen)	Lichamelijke activiteiten die weinig energie kosten (bijvoorbeeld rustig wandelen, baden, saunabezoek, relaxatie, massage)

## Focus van de bewegingsinterventie

In het kader van psychomotorische diagnostiek (door middel van bewegingsobservatie) vraagt de psychotherapeut aan Maurits buiten een eindje te lopen en liefst te rennen; als dat niet gaat, te lopen in een vlot wandeltempo. Hij vindt het eng maar wil het wel proberen, hoewel hij denkt dat hij het voorgestelde rondje in de praktijk niet kan volhouden. Bij de eerste passen valt reeds op hoe gespannen hij beweegt en hoe oppervlakkig de ademhaling is; hij komt in wandelpas terug, omdat rennen na een minuut te zwaar wordt.

Zoals voor elke psychotherapeutische interventie geldt, is het ook voor een bewegingsinterventie van belang een specifiek doel voor ogen te hebben. De meeste mensen weten immers wel dat bewegen gezond is, en dat je maar één lichaam hebt en daar goed voor moet zorgen. Maar wat een bewegingsinterventie specifiek voor de persoonlijke toestand kan betekenen, zal expliciet gemaakt moeten worden. Er zijn vier typen psychomotorische interventies te onderscheiden die van belang zijn voor cliënten met chronisch somatische aandoeningen (Emck & Bosscher, 2004): beïnvloeden van respectievelijk de spanningsregulatie, stemming, lichaamsbeleving, en emoties en gedrag. Elk interventietype kan gespecificeerd worden naar doelen voor een individuele cliënt. In het kader van dit artikel volstaan we met een korte typering van deze vier interventiemogelijkheden (zie tabel 3). In principe zijn ze alle vier toepasbaar voor psychologen/psychotherapeuten, waarbij wel aan te raden is de genoemde bronnen te raadplegen, om de eigen kennis, inzichten en visie te verbreden.

Bij Maurits worden de bewegingsinterventies gericht op het overwinnen van zijn angsten ten aanzien van de sociale impact van zijn lichamelijke klachten, en het ontwikkelen van assertiviteit om hiermee om te gaan. De psychotherapeut moedigt hem aan het tennissen met zijn vriend te hervatten, en daarbij open te zijn over zijn darmproblematiek. Dit resulteert in een toename van zijn mededeelzaamheid, assertiviteit en zelfvertrouwen. Daarnaast wordt, in overleg met een psychomotorisch therapeut, een fitnessprogramma voorgesteld, waarbij naast aandacht voor zijn conditie als jongere, gezien zijn ziekte ook aandacht wordt besteed aan bewustwording van lichaamssignalen. Dit wordt uitgevoerd door fysiotherapeuten bij een medisch bewegingscentrum (zie o.a. [www.medisch-fit.net](http://www.medisch-fit.net)).

Na enkele weken geeft Maurits aan dat hij meer met leeftijdgenoten wil *chillen*, bijvoorbeeld door sport, maar dat hij dit nog niet bij een sportclub durft te doen. Als tussenstap neemt hij twee maanden deel aan een psychomotorische groepstraining voor jongeren die in een gezondheidscentrum wordt aangeboden, waarbij het zelfvertrouwen in bewegend omgaan met leeftijdgenoten centraal staat.



**Tabel 3** Vier typen psychomotorische interventies bij mensen met chronisch somatische aandoeningen, geïllustreerd aan de hand van de casus.

	<b>Interventie</b>	<b>Toelichting</b>	<b>Casus</b>
1	Beïnvloeden van spanningsregulatie	Reduceren van stressgerelateerde klachten door het aanbieden van op de cliënt afgestemde vormen van beweging, relaxatie en massage (zie o.a. Van Dixhoorn, 2009; <a href="http://www.methodevandixhoorn.com">www.methodevandixhoorn.com</a> ; Emck, 1998).	De spanningsklachten van Maurits uiten zich duidelijk op lichamelijk niveau. Met behulp van oefeningen wordt het lichaamsbewustzijn verbeterd, de spierspanning gereduceerd en de ademhaling verbeterd.
2	Beïnvloeden van de stemming	Succeservaringen bij fysieke activering, en daarmee gepaard gaande neuropsychologische processen kunnen depressieve en angstklachten doen verminderen (zie o.a. Salmon, 2001; Stammes & Spijker, 2009).	In overleg met Maurits wordt een bewegingsprogramma opgezet, passend bij zijn dagelijkse situatie, waarbij succeservaringen ingebouwd zijn. De depressieve en angstige cognities kunnen daardoor verminderen en de fysieke belastbaarheid kan toenemen.
3	Beïnvloeden van de lichaamsbeleving	Aanbieden van specifieke oefeningen gericht op het opdoen van positieve ervaringen met het eigen lichaam (spiegel oefeningen, verwenprogramma's, interactie oefeningen) en het doorbreken van vermijdingsgedrag (zie Baardman, 1989, 1991; Rekkers & Schoemaker, 2000).	Bij alle bewegingsactiviteiten en oefeningen die met Maurits overlegd worden, wordt ook stilgestaan bij de beleving van zijn lichaam. Dit gebeurt middels gesprekken (verbale interventies) en oefeningen voor de spiegel, wat voor hem behoorlijk confronterend is.
4	Beïnvloeden van emoties en gedrag	Bij externaliserend gedrag: chaotisch en onrustig bewegingsgedrag of motorische impulsiviteit kanaliseren door middel van gestructureerde en betekenisvolle bewegingsactiviteiten. Bij internaliserend gedrag: ingehouden gedrag stimuleren door uitnodiging tot lichamelijke expressief gedrag, bijvoorbeeld in mime of dans of in symbolische bewegingen (zie o.a. Boerhout & Van der Welde, 2007; Boonstra, Mengerink & Woudstra, 2002; Kuin, 1996; Petzold, 1996).	Maurits is een uitgesproken internaliserende jongen; oefenen met expressief bewegingsgedrag (zoals boksen, hard met een tennisbal tegen de muur slaan en kreten slaken) is in het begin dan ook erg onwennig voor hem. Toch begint hij er al vrij snel lol in te krijgen en probeert hij vervolgens in het dagelijks leven ook wat 'losser' te worden.

Zoals uit de casusbeschrijving van Maurits duidelijk wordt, kan het diagnostisch inventariseren van bewegingservaring en lichaamsbeleving zeer helpend zijn bij een cliënt met chronisch somatische problemen (in dit geval een jongere). Zo hebben interventies zoals het motiveren om (nieuwe) bewegingservaringen te exploreren, letterlijk in actie te komen en het ziekte-aspect te integreren in sociaal gedrag, een belangrijke rol gespeeld in het ontwikkelen van ziekteassertiviteit en versterking van positieve zelfbeleving bij een jonge cliënt met een chronisch somatische aandoening.

## Discussie

Juist omdat bij cliënten met een chronisch somatische aandoening het lichaam vaak een last vormt en het bewegen niet (meer) vanzelfsprekend verloopt, is het van belang dit te betrekken bij de behandeling van psychische problematiek. Dat wil zeggen dat ook het letterlijk (weer) in beweging komen en blijven, evenals het overwinnen van angst, pijn, en gevoelens van falen of incompetentie, door de psycholoog bevorderd kan worden, waarbij ook aandacht geschonken wordt aan de lichaamsbeleving. Relatief eenvoudige bewegingsinterventies kunnen zo een enorme stimulans vormen in het behandelproces.

Er zijn echter grenzen aan het aanbieden van bewegingsinterventies door een psycholoog. Zo moet er bij fysiek kwetsbare cliënten (zoals ouderen) ook rekening gehouden worden met het gevaar van overbelasting, valincidenten en het oplopen van blessures. Het kan daarom raadzaam zijn ook een fysiotherapeut bij de behandeling te betrekken (als dat nog niet het geval was), zeker bij klachten aan het bewegingsapparaat.

Indien er sprake is van ernstige of hardnekkige stoornissen in de lichaamsbeleving of indien het bewegingsgedrag sterk afwijkt, is het aan te raden de behandeling goed af te stemmen - of deels over te dragen - aan een psychomotorisch therapeut. Ook als een cliënt gebaat is bij een intensievere vorm van psychomotorische therapie, individueel of in een groep, is doorverwijzen gewenst. Een psychomotorisch therapeut zal ook over een beter aangepaste accommodatie en meer materialen beschikken om bewegingsinterventies op maat te kunnen aanbieden; ook is hij meer getraind in het toepassen van een breed scala aan methodieken.

De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT; zie [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)) beschikt over een lijst met geregistreerde psychomotorisch therapeuten die vrijgevestigd zijn. De vergoedingen vanuit de ziektekostenverzekeringen verschillen nogal; het is dus raadzaam dit met de cliënt te bespreken en na te gaan welke kosten dit met zich kan meebrengen.

Naast deze specialistische mogelijkheden is het van belang dat ook psychologen het lichaam van de cliënt in het vizier houden, zeker bij de behandeling van mensen met chronisch somatische aandoeningen. Immers, het lichaam is het centrum van onze ervaringen en tegelijkertijd het vehikel om tot exploratie en actie te komen. Bewegingsinterventies horen daarom bij het arsenaal van behandel mogelijkheden van de psycholoog. Ook relatief

eenvoudige interventies kunnen van grote betekenis zijn voor het behandelproces en de re-integratie van de cliënt.

## Literatuur

- Baardman, I. (1989). *Ingebeelde lelijkheid*. Proefschrift. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Baardman, I. (1991). Een therapieprotocol voor klachten die opgevat kunnen worden als 'self handicapping'. *Bewegen en Hulpverlening*, 4, 261-171.
- Baardman, I. & Jong, J.G. de (1984). Het meten van lichaamswaardering. *Bewegen en Hulpverlening*, 1, 28-41.
- Boerhout, C. & Weele, K. van der (2007). Psychomotorische therapie en agressieregulatie. Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 11-19.
- Boonstra, I., Mengerink, B. & Woudstra, G. (2002). *Productbeschrijving psychomotorische therapie met (ex-)kankerpatiënten*. Groningen: AZG/NVPMPT.
- Dixhoorn, J.J. (2009). Adem- en ontspanningstherapie: van lineair naar procesmatig. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie*, 8 (5), 125-130.
- Emck, C. (1998). *Stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen*. Leuven: Acco.
- Emck, C. & Bosscher, R.J. (2004). Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat. In G. Pool e.a. (red.), *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen* (pp. 368-385). Assen: Van Gorcum.
- Emck, C. & Bosscher, R.J. (2010). PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5, 244-256.
- Emck, C., Plouvier, M. & Lee-Snel, M. van der (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7, 263-275.
- Kalisvaart, H. (2010). Mijn lichaam zegt me niets. Psychomotorische therapie bij cliënten met ernstige psychosomatische klachten. In J. de Lange (red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 53-71). Amsterdam: Boom.
- Kuin, F. (1996). Voorspelbaar boksen: een manier om volgens procesgerichte therapiebeginselen een agressiedysregulatie te behandelen. *Bewegen en Hulpverlening*, 13, 53-65.
- Maas, L. van der (2010). Psychomotorische therapie bij chronische aspecifieke pijn. In J. de Lange (red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 175-195). Amsterdam: Boom.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York: Guilford Press.
- Petzold, H. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Probst, M. & Bosscher, R.J. (2001). *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Zeist: Cure & Care.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancamfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name? *Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Rekkers, M. & Schoemaker, E. (red.) (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven: Acco.

- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4, 135-156.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21, 33-61.
- Scheewe, T.W., Backx, F.J.G., Takken, T., Jörg, F., Strater, A.C.P. van, Kroes, A.G., Kahn, R.S. & Cahn, W. (2013). Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 464-473.
- Scheffers, M., Rekkers, M. & Bosscher, R.J. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4, 21-30.
- Stammes, R. & Spijker, J. (2009). Fysieke training bij depressie; een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 821-830.

#### Websites

[www.ccjongeren.nl](http://www.ccjongeren.nl)  
[www.ccuvnjong.nl](http://www.ccuvnjong.nl)  
[www.crohn-colitus.nl](http://www.crohn-colitus.nl)  
[www.medisch-fit.net](http://www.medisch-fit.net)  
[www.methodevandixhoorn.com](http://www.methodevandixhoorn.com)  
[www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)  
[www.pmtinfosite.nl](http://www.pmtinfosite.nl)  
[www.psychomot.org](http://www.psychomot.org)